



43322 Gingham Avenue Suite 105
Lancaster, CA 93535
Ph. (661) 874-4050
Fx. (661) 874-4051

¿Qué es la escala de descuentos?

Una escala de descuentos es aplicada a los servicios de un sitio, basado en políticas escritas que es no discriminatoria. La escala de descuentos aborda la necesidad de cargos equitativos por servicios a los pacientes. Para determinar la escala de descuento para la que calificas utilizamos tu ingreso anual bruto para calcular el nivel federal de pobreza de acuerdo a las directrices federales más actuales, para ver las directrices más actuales visite la página web:

<http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>

Podemos proveer la escala de descuento sobre pedido.

¿Por qué una escala de descuento?

Los requerimientos federales describen que una escala de descuentos localmente determinada debe ser utilizada, y que los servicios proveídos sean sin costo o con una cuota nominal como sea determinada por el proveedor.

¿Cómo me inscribo en la escala de descuentos?

Traiga comprobante si califica para algún programa de asistencia pública estatal o federal por ejemplo:

- Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDi).
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Programa de comida escolar gratuita o reducida.
- Otros programas de asistencia pública.

Si no tienes seguro y quieres inscribirte debes llenar la solicitud y proveer un:

Comprobante de ingresos actual (talon de cheque, w-2 o 1099, declaración de impuestos),
Information de dependientes (Nombre, fecha de Nacimiento and relacion)

Con estos documentos podemos ayudarte a llenar la solicitud y te dejaremos saber el mismo día cual es la escala de descuento para la que calificas.

***La escala de descuento es revisada y actualizada cada año desde la fecha de inscripción.**



BARTZ-ALTADONNA
Community Health Center

43322 Gingham Avenue Suite 105
Lancaster, CA 93535
Ph. (661) 874-4050
Fx. (661) 874-4051

Ingresos:

Ingreso bruto anual: \$ _____

Comprobante de ingresos:

- Talón de cheque W-2 1099 Declaración de impuestos Carta de otorgamiento de discapacidad
 Declaración Jurada Otro: _____

Otro comprobante de ingresos: (si aplica)

Otro ingreso anual: \$ _____

- Pensión alimenticia Manutención de los hijos Seguro Social ADC Asistencia Social/GR

Dependientes:

Ninguno

Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Yo certifico que la información anterior es verdadera y precisa.

Nombre del cliente

Firma del cliente

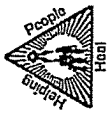
Fecha

Nivel de Pobreza: _____ Escala de descuento: _____ Cuota: \$ _____

Bartz-Altadonna Community Health Center
Staff Name

Bartz-Altadonna Community Health Center Staff Signature

Bartz-Altadonna Community Health Center
2019 Psychiatry Department



BARTZ-ALTADONNA
 Community Health Center
 California Healthcare Foundation

Effective date March 2019

Monthly Income Thresholds by Sliding Fee Discount Pay Class and % of Poverty Level *

Family Unit Size	A	B	C	D	E	F
% Fed Poverty level	\$40:00	\$55:00	\$70:00	\$85:00	\$100:00	100% pay
	0%-100%	101%-150%	150.01%-165%	165.01%-180%	180.01%-200%	201% and over
1	0.00 ≤ 1,040.83	1,040.84 - 1,561.25	1,561.26 - 1,717.38	1,717.39 - 1,873.50	1,873.51 - 2,081.67	≥ 2,081.68
2	0.00 ≤ 1,409.17	1,409.18 - 2,113.75	2,113.76 - 2,325.13	2,325.14 - 2,536.50	2,536.51 - 2,818.33	≥ 2,818.34
3	0.00 ≤ 1,777.50	1,777.51 - 2,666.25	2,666.26 - 2,932.88	2,932.89 - 3,199.50	3,199.51 - 3,555.00	≥ 3,555.01
4	0.00 ≤ 2,145.83	2,145.84 - 3,218.75	3,218.76 - 3,540.63	3,540.64 - 3,862.50	3,862.51 - 4,291.67	≥ 4,291.68
5	0.00 ≤ 2,514.17	2,514.18 - 3,771.25	3,771.26 - 4,148.38	4,148.39 - 4,525.50	4,525.51 - 5,028.33	≥ 5,028.34
6	0.00 ≤ 2,882.50	2,882.51 - 4,323.75	4,323.76 - 4,756.13	4,756.14 - 5,188.50	5,188.51 - 5,765.00	≥ 5,765.01
7	0.00 ≤ 3,250.83	3,250.84 - 4,876.25	4,876.26 - 5,363.88	5,363.89 - 5,851.50	5,851.51 - 6,501.67	≥ 6,501.68
8	0.00 ≤ 3,619.17	3,619.18 - 5,428.75	5,428.76 - 5,971.63	5,971.64 - 6,514.50	6,514.51 - 7,238.33	≥ 7,238.34

Annual Income Threshold by Sliding Fee Discount Pay Class and % of Poverty Level**

Family Unit Size	A	B	C	D	E	F
% Fed Poverty level	\$40:00	\$55:00	\$70:00	\$85:00	\$100:00	100% pay
	0%-100%	101%-150%	150.01%-165%	165.01%-180%	180.01%-200%	201% and over
1	0.00 ≤ 12,490.00	12,490.01 - 18,735.00	18,735.01 - 20,608.50	20,608.51 - 22,482.00	22,482.01 - 24,980.00	≥ 24,980.01
2	0.00 ≤ 16,910.00	16,910.01 - 25,365.00	25,365.01 - 27,901.50	27,901.51 - 30,438.00	30,438.01 - 33,820.00	≥ 33,820.01
3	0.00 ≤ 21,330.00	21,330.01 - 31,995.00	31,995.01 - 35,194.50	35,194.51 - 38,394.00	38,394.01 - 42,660.00	≥ 42,660.01
4	0.00 ≤ 25,750.00	25,750.01 - 38,625.00	38,625.01 - 42,487.50	42,487.51 - 46,350.00	46,350.01 - 51,500.00	≥ 51,500.01
5	0.00 ≤ 30,170.00	30,170.01 - 45,255.00	45,255.01 - 49,780.50	49,780.51 - 54,306.00	54,306.01 - 60,340.00	≥ 60,340.01
6	0.00 ≤ 34,590.00	34,590.01 - 51,885.00	51,885.01 - 57,073.50	57,073.51 - 62,262.00	62,262.01 - 69,180.00	≥ 69,180.01
7	0.00 ≤ 39,010.00	39,010.01 - 58,515.00	58,515.01 - 64,366.50	64,366.51 - 70,218.00	70,218.01 - 78,020.00	≥ 78,020.01
8	0.00 ≤ 43,430.00	43,430.01 - 65,145.00	65,145.01 - 71,659.50	71,659.51 - 78,174.00	78,174.01 - 86,860.00	≥ 86,860.01

*For families of more than 8 individuals add \$368.33 per individual

**For families of more than 8 individuals add \$4,420 per individual